

## Veiledende sjekkliste - Risikofaktorer som har betydning for tidspunkt for neste statusundersøkelse

	Nei	Ja
<b>Medisinsk anamnese</b>		
1. Generell sykdom hvor oral sykdom kan representere en tilleggsrisiko. For eksempel hjertefeil, blødersykdom, immunsuppresjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Medisinsk tilstand eller sykdom som øker risiko for utvikling av oral sykdom eller orale problemer. For eksempel spiseforstyrrelse, diabetes, hyposalivasjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Medisinsk tilstand eller sykdom som kompliserer tannbehandling eller påvirker evne til egenomsorg. For eksempel nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne, eller angst for tannbehandling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Legemiddelbruk som kan ha konsekvenser for oral helse, for eksempel munntørrhet eller økt infeksjonsrisiko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sosial anamnese</b>		
5. Høy karieserfaring hos foreldre og/eller søsken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foreldre viser liten interesse for barnets tannhelse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Språklig eller kulturell barriere som vanskeliggjør dialog og formidling av helseinformasjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kost</b>		
8. Hyppig sukkerinntak (mellom måltider).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hyppig inntak av sure kostemner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tobakksbruk og rusmidler</b>		
10. Røyker eller bruker snus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Omfattende rusmiddelbruk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fluorbruk</b>		
12. Bruker fluorholdig tannkrem daglig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Odontologiske funn</b>		
13. Kariesaktiv pasient (ny karies og/eller progresjon av tidligere lesjoner).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Marginal periodontitt med patologiske lommer (>3 mm). Betydelig festetap på enkelttenner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mangelfull munnhygiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dentale erosjoner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bittforhold eller tannerupsjon som krever spesiell overvåking.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hyposalivasjon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

